

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 診療依頼書 (FAX専用)

地域医療連携室 直通FAX 03-3411-2596

代表03-3411-0111 直通TEL03-3411-2595

《紹介元》	
医療機関名	
医師名	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	

希望診療科	
希望医師名	
受診希望日	
第1希望	年 月 日 ()
第2希望	年 月 日 ()
病名・症状	(※診療情報提供書の添付でも可)

《患者様情報》	
フリガナ	
患者氏名	
旧姓	男 ・ 女
生年月日	(歳)
M・T・S・H・R	年 月 日
(西暦	年)
※当院の受診歴 (有 ・ 無)	
住所	〒
電話番号	
携帯番号	

《保険情報》	
保険者番号	
記号	
番号	
本人 ・ 家族	
公費情報	
①	負担者番号 受給者番号 負担割合 割 ・ その他
②	負担者番号 受給者番号 負担割合 割 ・ その他

COVID-19 関連	海外渡航歴 (有・無)
	濃厚接触 (有・無)
	発熱 (有・無)
	呼吸器症状 (有・無)

《備考》

※当日は『紹介状』を患者さんに持参されるようお伝えください。